

フリガナ 患者氏名		様	
T · S · H · R			
生年月日		年	月 日 (男・女)
身長	cm	体重	kg
*高知赤十字病院でのID： (当院受診歴のある方)			
※貴院の次回受診予定は、1週間以降の予約をお願いします。			
貴院次回 受診予定日	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査後1週間以降でも可

依頼施設名：
電話番号：
FAX番号：
依頼医師：
FAX送信者名：

※「紹介患者予約申込書 (FAX用)」、「診療情報提供書」も一緒にFAXをお願いします。

【検査項目】

1.脳・神経	<input type="checkbox"/> 脳血流(ECD) <input type="checkbox"/> 脳血流(IMP)	<input type="checkbox"/> ダットスキャン
2.内分泌	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺	<input type="checkbox"/> 副腎 (皮質・髄質)
3.呼吸器	<input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 肺換気	
4.循環器	<input type="checkbox"/> 心筋 (循環器内科紹介)	<input type="checkbox"/> 心臓交感神経 (MIBG) <input type="checkbox"/> 心臓脂肪酸代謝 (BMIPP)
5.消化器	<input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> メッケル憩室
6.泌尿器	<input type="checkbox"/> 糸球体濾過率 (DTPA) 利尿負荷 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 腎血漿流量 (MAG3) 利尿負荷 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
7.骨・関節	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	
8.腫瘍・炎症	<input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> Tlシンチ	
9.その他	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

【患者情報】

歩行状態	<input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 担送
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・キャンセルについては2平日までにご連絡をお願いします。</li> <li>・患者さまのご都合でキャンセルされる場合、薬剤代のみ患者さまにご負担いただくことがあります。</li> </ul>
----	--